

(別紙)

評価細目の第三者評価結果

※すべての評価細目（４５項目）について、判断基準（a・b・cの３段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

Ⅰ-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	Ⅰ-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a・b・c
〈コメント〉理念、基本方針は明文化され、ホームページやパンフレットに明示している。理念、基本方針について、会議や研修で周知を図っているが、職員全員への浸透には差が見られる。利用者へは、リビングに掲示して周知を図っているが、利用者にわかりやすい資料の工夫に期待したい。		

Ⅰ-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	Ⅰ-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a・b・c
〈コメント〉法人の会議で情報を共有する仕組みがある。鈴鹿市の障害福祉計画や相談支援事業所からの情報を得て利用ニーズ等を把握している。利用率、資金収支等のデータは法人会議で確認しており、事業所会議でも毎月提示して共有を図っている。今後は、事業所として地域の特徴・変化、経営環境等の調査・分析に期待したい。		
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a・b・c
〈コメント〉事業所の運営状況を分析し、利用者数の動向や障害特性の多様化への対応、人材の確保や定着、職員の教育や職場環境の整備等、経営上の問題点について役員と共有している。今後は、職員同士が検討する場を設け、組織的に取り組める仕組みづくりに期待したい。		

Ⅰ-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
Ⅰ-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	Ⅰ-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a・b・c
〈コメント〉法人として5ヶ年計画を策定している。しかし、この5ヶ年計画は項目ごとの方針や方向性を示すもので具体性を欠くため、進捗状況や成果の測定が難しいものである。今後は、法人の中・長期計画を踏まえ、事業所独自の運営全般にわたる中・長期計画の策定に向けた取組に期待したい。		

5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a・⑥・c
〈コメント〉単年度事業計画を策定しているが、具体性に欠けている。中・長期事業計画に基づいた単年度の目標、方針を示し、重点項目を定め、施設運営全般にわたる具体的な実施計画とし、数値目標に裏付けされた事業計画の策定に期待したい。		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a・⑥・c
〈コメント〉事業計画は、各部署の正社員の意見を中心に聴取し、策定および見直しを行っている。今後は、事業計画の策定や評価・見直しにおいて手順書等を策定し、職員の理解を促すためにも参画を意識して取り組まれない。		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a・⑥・c
〈コメント〉管理者は、利用者の理解や能力に応じた伝え方で理解を促している。ただ、利用者の障害は様々であり、理解度のモニタリングなどはなされていないため、十分な理解がなされているかは定かではない。さらなる取組として、絵や図等を活用したわかりやすい計画要旨の作成と説明の工夫を検討されたい。		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a・⑥・c
〈コメント〉第三者評価は今回が初めての受審である。利用者からの要望等についてはその都度対応しているが、定期的な満足度調査の実施等の組織的な取組に期待したい。また、支援の質の向上に向け、定期的な自己評価の実施やその結果の共有が行われることに期待したい。		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a・⑥・c
〈コメント〉支援の質の向上に向け、課題にはその都度できることから取り組み、改善に努めているが、計画的な改善とは言い難い。今後は、定期的な自己評価や第三者評価受審の結果から把握した課題に対して、職員参画のもと改善計画を作成、実施するための組織づくりが望まれる。		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a・⑥・c
〈コメント〉管理者の役割及び責任は、法人の規程により定められている。年度初めの会議で、管理者自らの役割、責任について表明している。管理者不在時の権限委任はBCP（事業継続計画）に明文化されているが、職員への周知徹底を期待したい。		

11	Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a・b・c
〈コメント〉法令順守規程が整備されている。本部の研修や管理者が研修で学んだ事を共有し、コンプライアンス遵守に努めている。虐待防止や秘密保持アンケートの実施のように、遵守すべき法令等に関して職員が正しく理解すること、遵守を徹底するためのさらなる取組に期待したい。		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a・b・c
〈コメント〉管理者は職員のスキルアップを目指し、寄り添い型のリーダーシップで職員と伴走しながらサポートしている。しかし、定期的に評価したり、職員の意見を反映させるための具体的な取組は課題である。定期的かつ組織的に評価・分析する組織の構築について検討されたい。		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a・b・c
〈コメント〉労務面では、常に職員とのコミュニケーションを心がけ、定期面談で意向を聴取するなど、職場環境の改善に努めている。業務面では、ICT導入等で働きやすい環境となり、業務の効率化や支援の質の向上のための人事、指導が行われている。今後は、職員全体で意見を出し合い改善策を検討する場を設けるなどして、職員の意識を高め、業務改善に対する主体的な取組が促進されることに期待したい。		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a・b・c
〈コメント〉専門職が不足している現状であり、積極的に求人広告を出し充足を図っている。管理者の指導のもと、必要な福祉人材の確保に力を入れて取り組み、整ってきている。定着に向け、社員研修、人事の見直し、定期的なヒアリングを行っているが、事業所として、人材確保や定着に関する具体的な計画の策定が望まれる。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
〈コメント〉人事考課制度と人事基準が確立している。いずれもキャリアパスである職務職階を念頭に、職責に応じた考課と昇進・昇格資格要件を明確にした、労使にわかりやすく公平な制度となっている。今後は、職員の評価・分析結果から管理者による職員へのヒアリング、個別指導の計画、定期的なフォローアップ等、PDCAサイクルに基づいた適正な人事管理が行われることに期待したい。		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	a・b・c
〈コメント〉複数のグループホームを抱え、勤務調整が困難な状況の中、職員の要望による勤務調整で職員の休暇を確保をしている。職員のメンタル面のケアとして毎年ストレスチェックを実施し、相談窓口も設置されている。今後は、人材の確保・定着のためにも、福利厚生充実について法人全体で検討されたい。		

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a・⑥・c
〈コメント〉人事考課による個別面接を実施し、明らかになった課題を次の目標に向けた育成に活かしている。今後は、職員一人ひとりの人材育成に向けた目標設定、進捗状況を確認するための仕組みの構築と次の目標に向かって成長をサポートする取組のさらなる向上に期待したい。		
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a・b・③
〈コメント〉グループホームのサービス内容や目標を踏まえて、事業所独自の研修計画の策定とその受講結果を踏まえた次の教育、研修計画の策定に向けた仕組みづくりが望まれる。労働時間が短いパート職員向けの研修の実施と研修受講後の意識変化を確認する取組にも期待したい。		
19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a・⑥・c
〈コメント〉職員から提出した資格申請書で資格の取得状況を把握している。研修受講後は、報告書作成とともに会議で研修内容を報告し、職員全員で共有している。OJTに関しては、目標設定や担当者・期間・評価といった体系的な方法で実施されておらず、実施効果が定かでない点は改善の余地がある。		
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a・b・c
〈コメント〉居住施設のため非該当		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a・⑥・c
〈コメント〉ホームページやWAMNET（福祉医療機構）で、理念、基本方針、サービス内容等の情報を公開している。一方、事業計画、財務内容等については公開していない。また、地域の理解促進のため、機関誌等を地域に配布したり回覧板等への掲載など、積極的な情報公開を期待したい。		
22	Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a・⑥・c
〈コメント〉経理規程等を整備し、事務、経理、取引等についてルール化している。また、会計事務所や社会保険労務士事務所の指導を受ける等、適正な運営に努めている。利用者の金銭管理もチェック体制のもと適正に執行されているが、マニュアルの整備や更新に関する仕組みの構築が望まれる。		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

	第三者評価結果
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	
23 Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a・⑥・c
〈コメント〉利用者自身が地域で生活できるよう支援している。外出活動で地域との交流を図ったり、地域のイベントに積極的な参加を促すため、案内文書を閲覧できる場所に掲示している。地域との交流を大切に考えているが、現状は近隣住民に迷惑をかけないように支援を行っている。今後は、事業計画に地域との関わり方に関する基本的な考え方を明文化し、地域と積極的な交流が図られることに期待したい。	
24 Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a・b・⑥
〈コメント〉ボランティアは受け入れておらず、受入れに対する方針等も明確に示されていない。今後は、利用者と社会との接点でもあるボランティアについて、基本姿勢を明確にし、体制を整えて積極的な受入れを進めていくことが望まれる。	
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。	
25 Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a・⑥・c
〈コメント〉行政や医療機関、相談支援事業所、日中活動支援事業所等の関係機関をリスト化し、支援において関係機関を訪問したり日常的な電話連絡などの連携が図られている。関係機関と連携を図るため職員が会議へ参加しているが、利用者の課題解決やより良い支援のため、職員全員により深く細かい情報共有が行われると良い。	
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	
26 Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a・⑥・c
〈コメント〉管理者は相談支援事業所やグループホーム連絡会からの情報、また、保護者の声など、様々な福祉ニーズの把握に努めている。さらなる取組として、積極的な地域とのコミュニケーションを通じて、地域の福祉ニーズや課題を把握するための取組に期待したい。	
27 Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a・⑥・c
〈コメント〉鈴鹿市男女共同参画センター「ジェフリーすずか」で地域包括支援センターと連携して地域向けの講演活動や相談会など、事業所の存在価値をアピールしている。地域の障害者福祉の拠点施設として、地域の潜在的な福祉ニーズを把握するための努力を継続し、地域貢献活動のさらなる拡充に向けた取組に期待したい。	

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

	第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	
28 Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	⑥・b・c
〈コメント〉利用者を尊重して支援するため、月1回の会議、年2回の虐待防止や秘密保持に関するアンケートの実施、相談支援センターからの研修資料、日々の申し送り等で意識を高めている。アンケートは集計後、ケースカンファレンスで話し合いが行われており、効果が出始めている。何かあれば日々の申し送りで共有し、管理者から対応の指示や実践して見せるなどの対応が行われている。ホームが別々、パート職員も多いため共有が困難な中、工夫を重ねながら取り組んでいる。	

29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	㉖・b・c
〈コメント〉利用者の貴重品や重要書類は、鍵付きの書庫で保管し、郵便物は管理者への連絡と管理が徹底されている。ホーム内には利用者向けに、わかりやすく鍵をしめることやノックすること等がルールとして掲示している。利用者には個室を提供し、共同生活でありながら利用者や職員がプライバシー保護を意識できるよう工夫がなされている。		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	㉖・b・c
〈コメント〉管理者が地域相談支援センターに参画して連携強化に努めており、情報提供や情報共有がしやすいため、現状は空きがなく、空いてもすぐ満室になる状況である。見学・体験は管理者や主任、世話人が担当し、1日の普通の生活を一緒に体験しながら丁寧な説明を心がけている。見学・体験希望も増えており、管理者の積極的な情報発信は評価できる。		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	㉖・b・c
〈コメント〉入所時には、わかりやすいよう利用者と一緒にホーム内を回り、一つ一つ丁寧に説明している。家族と利用者の意向が違う場合には、必要に応じて相談支援事業所と連携してサービス担当者会議で話し合いを行い、利用者の意向の尊重に努めている。		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所等の変更にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	㉖・b・c
〈コメント〉他事業所等からの変更にあたり緊急性の高いと思われる場合には、管理者が病院や訪問看護事業所等へ直接訪問して情報収集を図り、万全な受入れ体制を整えている。毎月の会議や日々の引継ぎで情報を共有し、利用者が落ち着いて過ごせるように配慮している。利用終了後の連絡先として管理者の連絡先を伝えており、実際に利用終了後も連絡や相談がある。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a・㉖・c
〈コメント〉普段の生活の中で素直に話ができる環境になるよう努めており、利用者には面談と伝えるのではなく2週間に1回を目安に世間話をする雰囲気でも話を聞いている。行事後には利用者の表情からの感想や聞き取り、家族からの報告等から満足度を把握しているが、記録は残していない。また、家族への満足度調査は今回の第三者評価は初めてであり、定期的な実施があると良い。		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a・㉖・c
〈コメント〉苦情解決体制は整備されているが、重要事項説明のには第三者委員の連絡先が確認できなかった。苦情は意見箱である「わくわくリクエストBOX」のほか、管理者や世話人、行政等に申し出があり、職員間で情報共有と検討を行い、必要に応じて行政や関係機関に報告、連携している。苦情内容、解決結果はプライバシーに配慮した上でホームページ等で公表されると良い。		
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	㉖・b・c
〈コメント〉利用者の障害特性を理解し、利用者には面談と伝えるのではなく「お部屋に行きます」と伝え、緊張せず話せる環境づくりに努めている。意見箱は設置しているが、口頭で伝えられることが多い。家族から管理者への相談も多く、普段から丁寧に対応していることが感じられる。ホームには相談先を示す掲示物も確認できた。		

36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	①・b・c
〈コメント〉ケースカンファレンスで利用者の背景や障害特性による留意点等の共有や相談対応への指導、相談時に管理者と世話人が同席すること等により、信頼関係の構築に繋がり世話人への相談が増えている。利用者および家族からの相談等があれば、管理者に報告、日々の引継ぎで共有する仕組みがあり、必要に応じて関係機関とも連携し、組織的な対応が行われている。		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a・②・c
〈コメント〉利用者が安心・安全に過ごすことができるよう、ホームの外には防犯カメラを設置、施錠した棚での危険物保管、通勤ルートの定期的な確認、応急処置セットや緊急時持ち出しグッズの整備等が行われている。AEDはホームには設置は無く、近くの設置場所は確認している。消防署で研修を受けているが全員が参加していない点は改善の余地がある。事故の再発防止に向け、改善に向けて根気よく取り組んだ事例も確認できた。		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a・②・c
〈コメント〉日頃からアルコール消毒、加湿器設置、手袋、うがい薬、マスク等感染防止に努めている。内科医に感染症対応マニュアルを確認してもらったり訪問看護に来てもらう等連携も行われている。感染症発生時には、職員全員に周知、着替えを持ってくると等指示し、ホーム内では担当を決め、その担当が対応するルールとなっている。今後は、定期的な職員への実践型研修により、感染防止及び感染対策が実施されることに期待したい。		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a・②・c
〈コメント〉ホームの立地場所は地震・津波時のリスクはそれほど高くないが、避難場所への避難訓練を実施し、避難経路の危険箇所を確認している。外出時の避難先も利用者ごとに場所を決めている。備蓄は各ホーム3日分を確保し、浸水しない屋根裏に保管している。地域の班長に非常時の手伝いについて要望書を提出するほか、市から自治会に利用者について連絡が入る仕組みがあり、地域との連携も図られている。今後は、ホームに職員が1人しかいない場合の避難について、より具体的な検討が必要かと思われる。		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a・②・c
〈コメント〉PC入力の業務マニュアルや世話人の手引き、個別の対応についてのマニュアルを作成し、周知している。間違い等があれば、管理者が指導している。毎月の会議や、日々の引継ぎ、記録ソフト等により個人だけでなく同じようにみんなができることを目指しているが、管理者への負担が全体的に大きいと感じるため、職員一人ひとりの主体的な行動が望まれる。		

41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a・b・c
〈コメント〉マニュアル類の見直しは定期的というより気づいた時に行っており、仕組みとしては弱い。マニュアル類をパート職員含めて定期的に行うことで理解に繋がると思われる。一方、世話人から日頃の支援内容等について意見が出ることも増え、改善志向になりつつあることは良い傾向である。マニュアルは作成日、改訂日の記載と確実に差し替えることが望まれる。		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。	a・b・c
〈コメント〉現管理者就任後アセスメントシートを変更した。生活場面における詳細項目や気になること、本人・家族の希望欄とチェック欄を設け、実態に沿った支援に向け具体的な内容が確認できる。また、計画相談員や主治医、看護師、社会福祉協議会、市役所、家族、前の事業所の担当者等からの情報や世話人からの情報をもとに、個別支援計画を策定している。毎月のケースカンファレンスでは個別支援計画の目標達成に向けた進捗状況を確認する仕組みとなっている。		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	a・b・c
〈コメント〉個別支援計画は半年に1回、4月、10月に評価・見直しを行っている。以前は利用者の入所時期に合わせて行っていたが、利用者の状況を考慮して一斉に行うことにした。見直し時期の2ヶ月前から準備に入り、毎月のケースカンファレンスや日々の引継ぎで周知と共有が図られている。仕組みとして機能している。		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a・b・c
〈コメント〉記録に差異が出ないように記録する項目を定めている。起床～就寝までの一日の流れに沿った支援内容を記録することを統一し、気になったことなどは別途連絡事項でまとめている。管理者は職員の意見を吸い上げたいと考えており、毎日の引継ぎや業務連絡等ではこまめな対応が窺える。ICT導入で共有がしやすくなり、PC入力のマニュアルも作成するなど、効率化も図っている。		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a・b・c
〈コメント〉個人情報保護に関しては、法人として力を入れている。入職時の研修のほか年2回の秘密保持アンケートで、継続的に意識を高めている。ホームの書類等は鍵付きの書庫に保管され、パソコンはパスワード解除と定期的なパスワード更新によって、誰もが使用できないようにしている。		